UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1955 — N° 251

Sur deux cas de Kérato-Acanthome

Travail de la clinique dermatologique.
(Professeur JOULIA)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 21 Décembre 1955

par

Gervais NONY

Né le 9 Janvier 1928 à BUGEAT (Corrèze)

Examinateurs de la Thèse :

MM. JOULIA, professeur — *Président*
PIÉCHAUD, professeur
LE COULANT, agrégé
LÉGER, maître de confér., agrégé — *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMMARCELLI FRÈRES
80 bis, Cours de l'Argonne

1955

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1955 — N° 251

Sur deux cas de Kérato-Acanthome

Travail de la clinique dermatologique.
(Professeur JOULIA)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 21 Décembre 1955

par

Gervais NONY

Né le 9 Janvier 1928 à BUGEAT (Corrèze)

Examinateurs de la Thèse :

MM. JOULIA, professeur — *Président*
PIÉCHAUD, professeur
LE COULANT, agrégé
LÉGER, maître de confér., agrégé — *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMMARCELLI FRÈRES
80 bis, Cours de l'Argonne

1955

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE, PORTMANN
DOYEN : M. SIGALAS. — ASSESSEUR : M. TAYEAU

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	N.
	BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN
	MASSÉ
Clinique d'accouchements	M. RIVIÈRE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIECHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	J. GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN

	MM.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Pathologie générale et expérimentale	SARIC
Clinique ophtalmologique	N.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique médicale et des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	G. PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	F.-J. TRAISSAC
Hydrologie thérapeutique et climatologie	DUBARRY

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL :

M. BLANQUET (Section Pharmacie)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. MAHON (Obstétrique), PAUTRIZEL (Parasitologie), Mlle ROUGIER (Physiologie), M. MOUSTARDIER (Bactériologie)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Anatomie pathologique	LÉGER
Anatomie	RIGAUD
	CABANIE
Biochimie médicale	NEUZIL
Pathologie expérimentale	FAURE
Physique médicale	DUHAMEL

	MM.
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE
	ROMAIN
Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER
	QUILICHINI
Pharmacie (3e Section)	CAZAUX

CHARGÉ DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ :

M. STOLL (Histologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN
	LENG-LÉVY
	MORETTI
	LAVIGNOLLE
	MARTIN-DUPONT
	DAVID-CHAUSSE
	J. RIVIÈRE
Chirurgie générale	LAUMONIER
	CHAVANNAZ
	VILLAR
	TINGAUD
	DEPAULIS
	DARMAILLACQ

	MM.
Obstétrique	CHASTRUSSE
	FAUGÈRE
Ophtalmologie	BESSIÈRE
	CORCELLE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
	M. PORTMANN
Dermatologie et shyphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Odonto-stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE
Neurologie et psychiatrie	BLANC
Pneumo-phtisiologie	FREOUR

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER
Accouchements	CHASTRUSSE
	FAUGÈRE
Puériculture	VERGER
	PÉRY
Législation pharmaceutique	COUSTOU
Cryptogamie	LAUBIE
Obstétricie sociale	MAHON
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE
Chimie analytique	BABIN
Pathologie chirurgicale	VILLAR
	CHAVANNAZ
	TINGAUD
	LAPORTE
	DARMAILLACQ

	MM.
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Physiologie	BENELLI
Toxicologie et Hygiène	Mlle LARCEBAU
Phytopharmacie	CORTESI
Droit médical international	AUBY
Médecine légale	L'ÉPÉE
Séméiologie médicale	LAVIGNOLLE
Séméiologie chirurgicale	DEPAULIS
Embryologie	STOLL
Pathologie médicale	BERGOUIGNAN
	LENG-LÉVY
	MORETTI
	DAVID-CHAUSSE
	RIVIÈRE
	MARTIN-DUPONT

Le Secrétaire principal de la Faculté : GAYRAUD

Par délibération du 5 Août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE

A MA MÈRE

En témoignage affectueux de ma reconnaissance.

A MES FRÈRES

A MA BELLE-SŒUR

A MON NEVEU

MEIS ET AMICIS

A TOUS MES CAMARADES
DE LA FACULTE ET DE L'ECOLE DE SANTÉ NAVALE

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A Mademoiselle le Docteur CHEROUX

Nous la remercions de son amabilité à notre égard et de son concours dans la préparation de l'iconographie de ce travail.

A Monsieur le Docteur TEXIER

Ancien Interne des Hôpitaux de Bordeaux,
Ancien Chef de Clinique de Dermatologie,
Assistant des Hôpitaux,

Qui nous a toujours aimablement accueilli et conseillé.

A NOTRE JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR H. LEGER

Maître de Conférences agrégé d'Anatomie Pathologique,
Médecin des Hôpitaux,

Avec l'assurance de notre profond respect et notre gratitude.

MONSIEUR LE DOCTEUR LE COULANT

Agrégé de Dermatologie et Syphiligraphie,
Médecin Dermato-Vénéréologiste des Hôpitaux,
Officier de l'Instruction Publique,

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, guidé dans notre travail de manière si amicale et délicate.

Nous le prions de trouver ici le témoignage de notre profond respect et de notre vive gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. PIECHAUD

Professeur d'Hygiène et de Clinique de la Tuberculose,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Ordre de la Santé Publique,
Croix de guerre.
Médaille des épidémies,
Officier de l'Instruction publique,
Fellow in the American College of the Chest Physicians.

A qui nous exprimons respectueusement toute notre reconnaissance pour l'enseignement reçu de lui à la Faculté et dans les hôpitaux

---

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur P. JOULIA

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques,
Expert de l'Organisation Mondiale de la Santé,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Commandeur de l'Ordre de la Santé Publique,
Officier de l'Instruction publique.

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Reconnaissant hommage.

INTRODUCTION

S'il est un sujet d'actualité, c'est bien l'étude du kérato-acanthome, lésion qui, cliniquement, rappelle le cancer spino-cellulaire, mais dont l'histologie permet de détacher cette production du groupe des néoplasies aiguës.

Il est vraisemblable que cette lésion a été confondue autrefois avec certaines manifestations épidémiques épithéliomateuses de la série spino-cellulaire. L'histologie est venue rétablir l'ordre des faits avec les travaux de Dupont, de Namur, Lapiere, Driessens et ses collaborateurs, Temime et Stahl, Rook et Whimster, etc...

Mais il serait imprudent de toujours classer ces néoformations dans les néoplasies bénignes. Certaines peuvent évoluer vers la malignité, bien que les auteurs anglo-saxons soient plutôt enclins à un certain optimisme.

Il nous a donc paru intéressant, à propos de deux cas de kérato-acanthome, de revoir ce sujet qui tire son intérêt, en plus de sa fréquence relative, des difficultés de diagnostic différentiel qu'il pose au début, de la possibilité de sa transformation maligne, et des problèmes thérapeutiques qu'il soulève.

Après l'historique de la question, nous publierons les deux observations que nous avons recueillies, et nous les ferons suivre d'un rappel clinique et anatomo-pathologique relatif au kérato-acanthome. Nous parlerons ensuite du diagnostic et de l'angle sous lequel on peut envisager le traitement. Pour terminer nous commenterons nos deux observations et nous exposerons les conclusions que nous pensons pouvoir retirer de cette étude.

Nous apportons l'iconographie que notre Maître, le Professeur Joulia, et que le Docteur Texier ont bien voulu nous communiquer, ce dont nous les remercions vivement.

HISTORIQUE

Bien que Vilanova, dans la « Revue Médicale de Barcelone », en 1928, ait attiré l'attention sur les formes tumorales du Molluscum contagiosum, il semble que c'est en 1930, à la séance du 27 juillet de la Société Belge de Dermatologie, que Ad. Dupont, de Namur, a présenté pour la première fois un kyste sébacé prétragien, d'un type histologique particulier, qu'il a baptisé « kyste sébacé à paroi végétante », et dont il a donné une image microscopique.

Sous le nom de « Molluscum sebaceum », en 1936, dans le « British Journal of Dermatology », Mac Cormac et W. Scarff, à la suite d'études approfondies portant sur une dizaine de cas, ont résumé les aspects morphologiques et histologiques de néoformations uniques dont ils font une entité clinique.

En 1950, lors d'une communication faite à la réunion commune du St. Thomas's Dermatological Club de Londres et de la Société Belge de Dermatologie, A. Rook et Ian Whimster présentent une série de 29 cas observés pendant deux ans au Département de Dermatologie de l'Hôpital St. Thomas. Ils donnent une étude très poussée de ces tumeurs qu'ils différencient, par leur évolution et leur histologie, de l'épithélioma spino-cellulaire au stade 1 ; ils les rapprochent du « Molluscum géant » et de la « verrue du goudron », et proposent, pour les désigner, le nom de **kérato-acanthome** qui leur est resté.

Depuis ces premières descriptions, il n'est guère de pays qui n'ait publié des cas typiques ou particuliers de kérato-acanthome, ce qui montre d'une part la fréquence, d'autre part l'intérêt attaché à cette affection, prise souvent jadis, soit pour un épithélioma de la peau, soit encore pour une tumeur ou un kyste auxquels on donnait une étiquette connue, faute de connaître l'affection.

De nombreux et divers travaux ont été publiés ces dernières années, portant sur quelques centaines de cas, tant en Belgique et en Grande-Bretagne, qu'en Italie, en Hollande et en France. Les auteurs américains ont publié quelques cas. Dans les « Archives Belges de Dermatologie », on peut citer les études remarquables de Ad. Dupont, de Namur, de Thulliez, Lapiere, Mestdagh, Reynaers; en Grande-Bretagne, les publications de Musso, Whittle, Lyell; dans le « British Journal of Dermatology », de Tillman, Wigley et Pettit, de Brian Russel, Calnan. Le « Bulletin » et les « Annales de Dermatologie Françaises » nous apportent les travaux du même Ad. Dupont, les observations de Huriez, de Rabut et Hewitt; les notes de Zoon, Jansen en Hollande. Et nous ne les citons pas tous...

La Filiale de Dermatologie de l'Ouest et du Sud-Ouest a donné plusieurs publications : les cas rapportés par Gautard, d'Agen, Gadrat et Bazex, de Toulouse, en 1955. Enfin, à Bordeaux, la présentation par MM. Le Coulant, Texier et M^lle^ Cheroux de deux cas, à la réunion du 19 novembre, qui sont ceux que nous publions.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1.

Mme O... (Antoinette), 75 ans, ancienne femme de ménage. Le 9 mai 1955, elle vient à la consultation du service de dermatologie du Professeur JOULIA, adressée par son médecin. La patiente présente, sur le dos de la main droite, au niveau de la tête des troisième et quatrième espaces intermétacarpiens, un nodule de la grosseur d'une cerise, dont la largeur à la base est celle d'une pièce de 10 francs.

Mme O... — Kérato-acanthome du dos de la main droite.

Dans les antécédents, mis à part l'existence d'un rhumatisme déformant, surtout marqué aux mains, on ne relève rien de notable.

L'affection a débuté il y a six semaines environ, par un « point blanc », de la grosseur d'une tête d'épingle, apparu en peau saine. La malade n'a pas le souvenir d'un traumatisme antérieur. Ce « point » s'est accru assez rapidement pour arriver à atteindre la taille que nous avons signalée. Le nodule est indolore, n'occasionne pas de prurit; cependant sa taille et la rapidité d'accroissement inquiètent la malade. Sa couleur, au début, est celle d'une peau normale.

Le Docteur Texier qui examine la patiente, trouve « une tumeur hémisphérique, recouverte d'une peau lisse, de teinte violacée, ferme, mobile sur les plans profonds. Ce nodule est centré par une très légère dépression hyperkératosique ». On évoque le diagnostic de kérato-acanthome; un pansement humide est prescrit. Deux jours après la malade est convoquée pour exérèse de la tumeur au bistouri électrique. On demande un examen histologique de la pièce.

La cicatrisation est très rapide et n'est suivie d'aucune récidive. A l'heure actuelle, le dos de la main offre une cicatrice à peine visible, étoilée, légèrement déprimée, souple et mobile, de 0,5 cm sur 1 cm environ. A ce niveau la patiente accuse des paresthésies, à type surtout de fourmillements et de « piqûres d'épingle ».

Lexamen histologique est pratiqué le 13 mai par le Docteur Le Coulant.

« La coupe donne l'impression d'une tumeur kystique ouverte à l'extérieur dont le contenu est corné et la paroi végétante. Cette formation est, en effet, incluse complètement dans le derme superficiel et l'hypoderme. Bien limitée dans la profondeur par un tissu conjonctif densifié en lamelles disposées concentriquement à la tumeur. Le versant cutané de la tumeur est recouvert d'un épiderme étiré, atrophique sans papille. Le contenu de ce kyste est fait de lamelles cornées plus ou moins dissociées ou groupées en amas et bulbes d'oignon. La paroi kystique côté externe est étirée, sans papille, mais au fur et à mesure qu'on se dirige vers la profondeur, elle devient hyperkératosique, papillomateuse et végétante. La ligne basale est très habituellement effondrée, et on observe ds traînées néoplasiques disséminées dans le derme. Plages néoplasiques du type spino-cellulaire avec nombreuse mitoses et amitoses; noyaux exubérants et monstrueux. Le stroma est très largement

infiltré de plasmocytes, d'histiocytes, de lymphocytes et aussi de nombreux eosinophiles ».

OBSERVATION 2.

M. L..., 52 ans, garagiste pendant vingt ans, actuellement voyageur de commerce. Patient examiné par le Docteur Texier qui l'adresse au service de dermatologie le 27 avril 1955. Il présente à droite une tumeur du lobule du nez, de la grosseur d'une cerise.

M. L... — Kérato-acanthome de la narine droite.

On note des antécédents de furonculose. Le patient raconte que chaque fois qu'il se rase, il présente des « boutons » qu'il a l'habitude de percer. L'affection en cause a débuté par un point blanc qu'il essaye de percer avec une aiguille, mais « l'aiguille ne pénétrait pas; c'était comme de la corne ». Ce point blanc devient un nodule qui grossit en huit jours pour atteindre la taille « d'une cerise coupée en deux ».

A l'examen, tumeur tendue, rouge, au centre déprimé et croûteux. On porte le diagnostic de kérato-acanthome et le Professeur Le Coulant pratique une exérèse « économique » au bistouri électrique.

Au bout de trois jours, le malade revient, porteur de proliférations en couronne en bordure de la plaie d'électro-coagulation. Elles forment un bourrelet volumineux, circulaire, occupant toute l'aile droite du nez, très douloureux.

On fait alors au malade, de la radiothérapie superficielle sans filtre : 80 kw, 24 minutes, 20 h, 2 milliampères, en débordant la tumeur. Le bourrelet fond littéralement au bout de quelques jours, et la plaie se cicatrise normalement. Il n'y a pas eu de récidive depuis.

Actuellement le sujet est porteur d'une cicatrice un peu déprimée au centre, de la grandeur d'une ancienne pièce de 50 centimes, anesthésique.

La coupe histologique « représente un cratère central dont les versants externes sont constitués d'un épithélium nettement étiré, quelque peu atrophique peuplé de formations pilaires.

Le centre du cratère est occupé par des éléments végétants et verruqueux donnant grosso-modo l'impression de papillome verruqueux.

Dans l'ensemble, la basale de ces proliférations est régulière, mais on voit aussi très profondément quelques formations en bulbe d'oignon ou quelques cellules en dégénérescence hyaline; quelques rares cellules à manteau. Le stroma est riche en cellules; plasmocytes et surtout lymphocytes, histiocytes et surtout nombreux polynucléaires éosinophiles.

A vrai dire, l'aspect de cette tumeur ferait plutôt penser à une lésion bénigne peut-être kérato-acanthome. Mais en un point de la coupe assez profondéfent quelques coulées malpighiennes perdent leur limite et leur régularité, sont formées de mitoses et d'amitoses et il semble bien s'agir d'une transformation maligne (M. le Docteur Le Coulant, M^lle^ Cheroux. Obs. n° 1903).

Les pièces histologiques furent adressées à Ad. Dupont, de Namur, qui confirma le diagnostic de kérato-acanthome évoluant vers la malignité.

ETUDE CLINIQUE

Le kérato-acanthome, encore appelé par certains auteurs Molluscum sebaceum, apparaît, depuis les diverses publications dont nous avons parlé, comme loin d'être une affection rare. Les premiers cas décrits en 1936 par Mac Cormac et W. Scarff furent considérés comme une hyperplasie d'un kyste sébacé remanié par des lésions inflammatoires, d'où le nom qui leur fut donné. Nous rappelons que c'est à Rook et à Whimster, en 1950, que nous devons les descriptions détaillées de cette affection, et le nom de kérato-acanthome.

Or, nous verrons que, comme l'indique cette dénomination, si nous trouvons bien une kératose, i. e une hypertrophie de la couche cornée de la peau, et une acanthose, ou épaississement du corps muqueux de Malpighi, ce terme ne résume pas toutes les anomalies que l'on observe au niveau même de la tumeur.

Le kérato-acanthome type, que ce soit le kyste sébacé atypique décrit par Ad. Dupont, de Namur, en 1930, ou le Molluscum sebaceum de Mac Cormac et Scarff, auteurs auxquels nous empruntons la description, est un nodule saillant, hémisphérique, de consistance ferme et élastique, mobile sur les plans profonds, indolore, qui grossit rapidement pour atteindre en 4 à 6 semaines un diamètre de 1 à 2 cm; puis le nodule reste stationnaire. La peau qui recouvre cette tuméfaction est luisante, d'une coloration rouge violacée. La lésion est unique, et siège avec prédilection sur les parties découvertes, au visage ou au dos de la main. Elle apparaît spontanément, en peau saine, sans aucune manifestation fonctionnelle, sans réaction ganglionnaire régionale, chez des sujets au-dessus de la soixantaine. Les deux sexes sont touchés.

Lorsque la tumeur a atteint son plein développement, elle présente au centre une dépression ou cratère rempli d'un amas de substance cornée, friable, que l'on peut enlever facilement à la curette sans provoquer d'hémorragie ou une hémorragie minime.

Son évolution est très caractéristique : en l'absence de tout traitement, un à deux mois après, spontanément, la lésion se met à régresser et disparaît en quelques mois, mais laisse à sa place une cicatrice atrophique, déprimée, inesthétique.

Telles sont les descriptions cliniques et morphologiques du kérato-acanthome que nous ont laissé ces auteurs; ils insistent sur la similitude d'aspect de la néoformation avec le Molluscum contagiosum géant, et l'« Ulcus rodens » à développement rapide.

Depuis cette époque, l'aspect morphologique décrit ci-dessus, ainsi que l'évolution caractéristique, restant à peu de chose près identiques pour tous les auteurs qui ont étudié la question, le cadre clinique du kérato-acanthome s'est élargi, en ce sens que nous relevons des variations pouvant porter sur le nombre des lésions, sur leur siège, leur aspect, etc... Ce qui nous amène à modifier un peu les conceptions primitives énoncées par Ad. Dupont, Mac Cormac et W. Scarff. Si bien qu'on pourrait peut-être, pour plus de commodité dans l'étude clinique de cette question, mais d'une manière toute arbitraire, résumer les différents aspects cliniques dans une tentative de classification des kérato-acanthomes, en fonction des variations de ces différents facteurs.

Nous trouvons ainsi :

A) **Selon le nombre des lésions.**

1° **Le kérato-acanthome unique.** — Le patient ne présente jamais plus d'une lésion. Ce type représente plus de 90 % des cas décrits jusqu'à ce jour. Il se localise souvent, mais non toujours, sur les régions découvertes de la peau : visage, dos des mains, poignet.

2° **Les kérato-acanthomes multiples simultanés.** — Ils sont très rarement rencontrés. On peut cependant en citer quelques exemples :

— Un cas publié en 1950 par Musso, dans le « British Journal of Dermatology », où « coexistaient deux lésions situées l'une sur l'autre, sur l'aile du nez ».

— Dans trois observations sur vingt, publiées dans le même journal, en 1952, par Lyell et Moffat, « deux lésions se présentèrent au même moment ».

— Un cas de Lapiere (« Archives Belges de Dermatologie », juillet 1954) : le patient présentait des tumeurs d'âges différents et situées en des parties du corps différentes : partie postérieure de l'épaule droite, sur la fesse gauche, sur les parties découvertes.

3° **Les kérato-acanthomes multiples successifs.** — Ils sont relativement plus fréquents. Citons entre autres, le cas d'un ouvrier de 62 ans que rapporte Mestdagh (« Archives Belges de Dermatologie », 1954), qui avait présenté aux mains six lésions identiques, ces lésions ayant disparu sans laisser de trace; l'observation de Rabut et J. Hewitt la même année, en France, d'une malade qui avait présenté depuis dix-huit ans, des lésions identiques, à localisations diverses (visage, aile du nez, front, lèvres, face dorsale des articulations des doigts...), ayant évolué de la même façon.

Dans le numéro de janvier 1955 des « Archives Belges de Dermatologie », figurent deux articles consacrés à cette question. A côté des cas de tumeurs uniques, il en est décrit d'autres qui comportent des néoformations multiples se développant chez des individus jeunes, en contact prolongé avec des huiles minérales.

Pour les auteurs américains, il s'agirait d'une variété de kérato-acanthome. Ils illustrent leurs travaux d'images cliniques et histologiques.

Les auteurs britanniques comme Whittle et Lyell considèrent ces tumeurs multiples comme une affection autonome et

la rapprocheraient des « multiple self-healing squamous epitheliomas » de Ferguson Smith, en dépit de leur caractère souvent familial.

B) **Selon la localisation et le siège des lésions.**

1° **Kérato-acanthomes situés sur les parties découvertes de la peau.** — C'est la localisation classique la plus fréquente. Quant au siège des lésions, nous nous bornerons à rapporter deux statistiques :

— La première de Rook et Whimster, en 1950, portant sur 29 cas : joues, 5; menton, 2; paupières, 3; nez, 3; front, 1; lèvres, 2; dos des mains et doigts, 9; avant-bras, 2.

— La deuxième de Ad. Dupont, de Namur, en 1954, portant sur 27 cas : joues, tempes, région pré-auriculaire, 6; paupières, 4; cuir chevelu, 3; nez, 2; lèvres, 2; front, 1; oreille, 1; cou, 1; mains, 2. (Pour 5 cas, le siège de la tumeur n'a pas été indiqué.)

2° **Autres localisations cutanées.** — Ce sont celles qui sont situées sur des parties du corps non exposées au soleil. Elles sont plus rares. Les divers auteurs que nous avons pu consulter ont rencontré ces lésions :

— Une fois sur la marge de l'anus : Rook et Whimster, 1950.

— Une fois sur la face interne de la cuisse : Wigley et Pettit, 1952.

(Dixième Congrès International de Dermatologie, Londres.)

— Une fois sur la région fessière, une fois sur l'épaule : Lapiere, 1954.

— Un cas avait pour siège la région lombaire : Ad. Dupont et A. Thulliez, 1954.

3° **Localisations sur les muqueuses et les demi-muqueuses.** - Elles sont exceptionnelles. Une seule observation a été rapportée à notre connaissance par Rabut et Hewitt, dans le

« Bulletin de la Société Française de Dermatologie » de janvier 1954. La lésion siège sur la demi-muqueuse de la lèvre inférieure et déborde sur la peau. Elle présente tous les caractères cliniques morphologiques et évolutifs du kérato-acanthome.

C) Selon l'aspect et la taille des lésions.

Le nodule peut être recouvert par un épiderme tendu, de couleur normale (Mac Cormac et W. Scarff), ou décoloré, ou rosé (Reynaers), ou violacé (Ad. Dupont). Il peut présenter de nombreuses télangiectasies qui lui donnent un aspect congestif (Gautard).

La taille de la tumeur varie de la grosseur d'une cerise ou d'une noisette (Ad. Dupont; Midana et Ormea), à celle d'un petit pois. On a cité (Huriez et ses collaborateurs) une variété de dimension exceptionnelle, observée sur la face dorsale d'une main.

Pour Ad. Dupont, il existe, à côté de la forme la plus fréquente, globuleuse, une forme « étalée, en cupule, dont le bord mince entoure une dépression remplie de masse cornée, ce qui lui donne l'aspect d'une coupe à champagne ». Gadrat et Bazex parlent de « placards verruqueux » au niveau de la face d'une malade.

Au centre du nodule, recouvrant le cratère, on trouve habituellement une croûte, « squame-croûte » (Huriez); cependant, celle-ci peut ne pas exister (Ad. Dupont). On peut trouver un sommet escarriforme (Mestdagh).

D) Selon l'évolution de la tumeur.

A côté des premiers cas décrits, où la tumeur évolue pendant 4 à 6 semaines, marque un temps d'arrêt lorsqu'elle a atteint sa maturité, puis amorce une régression « spontanée » qui s'étale sur quelques mois, nous avons pu recueillir d'autres observations. On peut citer des formes à évolution aiguë, la tumeur s'étant développée en une dizaine de jours; des cas au

contraire où le nodule continue à s'accroître pendant 9, et même 11 semaines (Tillman; Musso). Ad. Dupont a publié une observation où les lésions existaient depuis des mois, voire des années.

E) **En ce qui concerne l'âge et le sexe des patients.**

Si l'on en croit Mac Cormac et W. Scarff, sur la série des 10 cas publiés en 1936, tous avaient au-dessus de 60 ans. La statistique de Rook et Whimster, en 1950, portant sur 29 cas, s'établit ainsi :

Age	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	70 et plus
Hommes.	2	3	3	8	2	1
Femmes ..	0	3	1	1	3	2

L'âge moyen est donc de 49 ans et demi. La femme est deux fois moins souvent atteinte.

Sur 20 cas, Lyell et Moffat, en 1952, trouvent cinq femmes. Lapiere, en 1954, rapporte un cas observé chez une enfant de 16 mois; Zoon et Van Baak donnent comme âges extrêmes 18 et 70 ans.

On retiendra donc la possibilité d'apparition du kérato-acanthome à tous les âges de la vie, avec une prédominence pour l'âge mûr, et pour le sexe masculin.

Il est possible d'envisager encore d'autres aspects cliniques du kérato-acanthome. Les formes habituelles sont indolores, ne s'accompagnant d'aucune réaction ganglionnaire régionale; à l'inverse, il existe des formes légèrement douloureuses, des formes avec réaction ganglionnaire, mais sans caractère néoplasique (Driessens, Huriez...).

Quant aux circonstances d'apparition de la tumeur, aux rapprochements que l'on a pu faire avec la profession des patients, nous sommes obligés d'être plus brefs, étant donné l'obscurité qui entoure l'étiologie et la pathogénie de cette affection encore à l'étude. Bien que dans la majorité des cas, la

tumeur prenne naissance sur une peau saine, Rook et Whimster citent deux cas où la lésion est apparue sur un placard de lichénification. Dans le passé des malades, ou bien on ne retrouve aucun antécédent, ou bien des traumatismes minimes sont rapportés par les patiens, la lésion prenant naissance à l'endroit même du traumatisme qui peut précéder la néoformation de quelques jours. Ce sont des brûlures légères, des piqûres d'épine, des blessures par un rasoir (2 cas, cités l'un pas Midana, l'autre par Whittle et Lyell). Dans une observation de Brian Russel et de Calnan, la lésion a débuté par une ampoule hémorragique chez un jardinier.

Il est cependant un fait troublant : la fréquence relative d'apparition du kérato-acanthome chez les ouvriers travaillant au contact du goudron, les charbonniers, les mineurs, les ouvriers d'usine à gaz. On a même noté (Whittle et Lyell), la coexistence de verrues du goudron avec le kérato-acanthome. Mais là encore, aucune conclusion pratique ne peut être retenue, puisque, malgré tout, sur des centaines de cas observés, la plupart des patients n'avaient eu aucun contact avec le goudron ou ses dérivés. S'agirait-il là, comme semblent le penser les auteurs américains, d'une variété de kérato-acanthome ?

Pour Rook et Whimster, la cause de cette affection serait inconnue, mais son évolution clinique et pathologique fait penser à une hyperplasie épithéliale, « une réponse à une excitation ou a un agent dont la nature est, jusqu'à présent inconnue, mais qui peut être une infection ». Beare (« British Journal of Dermatology », novembre 1952), a essayé de reproduire ces lésions en injectant à des patients et à lui-même des filtrats de tissus provenant de la tumeur, mais sans résultats. Ad. Dupont signale, dans une note parue après son mémoire sur le kérato-acanthome, de décembre 1954, que Eraux envisage la possibilité de l'intervention d'un virus dans la production des kérato-acanthomes. Il aurait obtenu certains résultats des ensemencements de kérato-acanthome sur membrane chorio-allan-

toïdienne et aurait vu au microscope électronique des granulations ressemblant à celles du Molluscum contagiosum.

Il n'est donc pas impossible, si l'on reprend les termes de Rook et Whimster, et devant des faits en apparence aussi discordants, qu'une excitation de la peau : piqûre, brûlure ou qu'une irritation : contact prolongé avec des huiles minérales, ou encore qu'un agent infectieux : virus, peuvent être responsables d'une réponse voisine, sinon identique, du tissu épithélial. On peut rapprocher d'autre part l'opinion émise par Ad. Dupont, qui met l'accent sur la ressemblance clinique du Molluscum géant avec le kérato-acanthome, et celle de ces auteurs qui pensent que « le Molluscum géant est presque certainement un kérato-acanthome ».

La possibilité de dégénérescence de la néoformation, jadis niée par certains auteurs, surtout par les Anglais, est maintenant prouvée. C'est parce que, comme le dit Ad. Dupont, le kérato-acanthome dégénéré est pris souvent pour un épithéliomo de la peau, en particulier pour un épithélioma spino-cellulaire. On ne peut l'affirmer que lorsque, en présence d'un kérato-acanthome diagnostiqué, les images histologiques, ou l'aspect clinique, mais souvent plus tardivement, donnent les caractères particuliers d'une dégénérescence, que lorsque la tumeur perd ses caractères propres. En nous plaçant sur un terrain purement clinique, la dégénérescence se manifeste sous l'aspect d'un épithélioma : rapidité d'accroissement de la tumeur, perte de sa mobilité ; apparition d'une ulcération à la surface du nodule qui prend une consistance dure, une base ligneuse, infiltrée ; enfin, l'existence d'adénopathies, et, à mesure que l'ulcération s'étend en surface et en profondeur et que la lésion devient douloureuse spontanément et à la pression, la présence de bourgeons qui saignent.

Comme on a pu se rendre compte, au cours de ce bref tour d'horizon clinique, il est souvent difficile d'affirmer le diagnostic de kérato-acanthome. Pour cela, on se basera : sur l'aspect

de la tumeur, son caractère généralement unique, son évolution assez typique, l'absence de réaction ganglionnaire. Dans le doute, il est plus simple de pratiquer une biopsie pour un examen histologique, celui-ci étant susceptible de donner, comme nous allons le voir, des images assez caractéristiques.

Nous entreprendrons, après l'étude anatomo-pathologique de l'affection qui nous intéresse, le problème du diagnostic différentiel que nous laissons volontairement de côté pour le moment, parce qu'il est plus commode de grouper dans un même chapitre les faits cliniques et les images histologiques des diverses affections dont nous aurons à parler.

ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

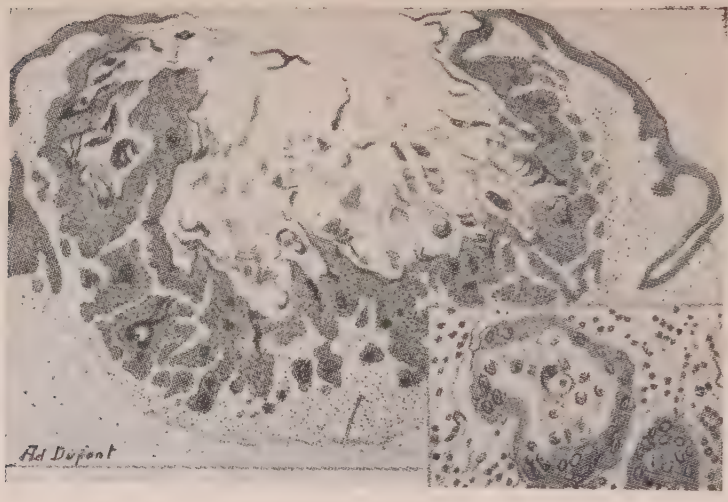
La première étude histologique du kérato-acanthome nous est donnée par Ad. Dupont en 1930, lorsqu'il décrivit son « kyste sébacé à paroi végétante ». L'image qu'il nous donne de la tumeur restant à peu de chose près identique à celles étudiées depuis, nous reproduisons sa description.

La tumeur « excisée, se présente comme un globe très régulier, lisse et d'un blanc nacré; elle adhère à l'épiderme par son pôle supérieur, mais est entièrement libre par ailleurs. Cet aspect éveille l'idée d'un kyste sébacé banal.

» Au microscope, la tumeur apparaît comme une poche sphérique à contour nettement arrêté et dont la cavité centrale est en communication avec l'extérieur par un pertuis assez large. La paroi de cette poche est formée par un épithélium malpighien soutenu par une bande de tissu conjonctif. En continuité avec l'épiderme, dont elle semble n'être qu'une invagination, elle a un aspect franchement papillomateux. Elle présente un grand nombre de saillies constituées par des replis épithéliaux centrés par un axe conjonctif. Coupées sous des incidences les plus variées, les parties profondes de ces végétations se présentent en beaucoup d'endroits comme des îlots épidermiques entièrement indépendants isolés au milieu du tissu conjonctif. Comme un bon nombre de ces masses épithéliales donnent naissance à de véritables globes cornés, on pourrait se croire en présence d'un épithélioma spino-cellulaire.

» L'aspect cytologique de ces bourgeons épidermiques est assez typique. Cellules basales et cellules épineuses sont déformées, irrégulières; fréquemment elles évoluent suivant un mode dyskératosique et l'on peut trouver notamment des cellules à

manteau très nettes. Enfin les mitoses sont nombreuses et parfois quelque peu monstrueuses.



Vue d'ensemble de la coupe d'un kérato-acanthome.
(Dessin emprunté à Ad. Dupont)

» La couche cornée fortement développée remplit tous les interstices situés entre les végétations et comble aussi presque complétement la cavité centrale de la poche où les squames s'enroulent en tourbillons élégants.

» Le tissu conjonctif qui soutient cette poche épithéliale est envahi par un infiltrat dense de lymphocytes qui a détruit la plus grande partie de la substance fondamentale. On note pourtant, en bordure de cette bande d'infiltration, une mince lame de collagène, constituant une véritable coque autour de la tumeur qu'elle sépare du tissu cellulo-graisseux sous-jacent ».

Cette structure microscopique est décrite encore par bien d'autres auteurs : Mac Cormac et Scarff, Rook et Whimster,

Lapiere, Zoon, Jansen... pour n'en citer que quelques-uns. Récemment encore, Stahl, dans le « Bulletin de la Société française de Dermatologie » d'avril 1955, en résume les principaux aspects. Il se dégage de ces études que les examens histologiques permettent de reconnaître dans toutes ces néoformations des caractéristiques constantes qui, mieux encore que la clinique, font du kérato-acanthome un type tumoral nettement individualisé.

En résumé, la structure histologique du kérato-acanthome est constituée de deux éléments :

1° **Une hyperplasie épithéliale** très marquée, d'allure papillomateuse, consistant en un épaississement de l'épithélium avec une hyperkératose de surface, et s'accompagnant de troubles de la maturation cornée : kératinisation précoce des éléments malpighiens, formation de perles cornées intra-épidermiques. Cette hyperplacie épithéliale pénètre dans un stroma à type de granulation inflammatoire chronique; elle borde une sorte de « volcan en miniature » dont la cavité est remplie d'une masse cornée centrale, en partie parakératosique.

L'atypie de cette hyperplasie est réduite; les cellules un peu augmentées de volume conservent en gros l'aspect de cellules épineuses avec ponts intercellulaires intacts. On observe des images de mitoses nombreuses, parfois monstrueuses. La basale manque souvent par endroits.

Absence de nécrose.

2° **Des lésions dermiques** caractérisées par une infiltration de type inflammatoire, à cellules rondes distribuées en larges plages avec présence de nombreux éosinophiles, neutrophiles, histiocytes et des éléments lymphoïdes. L'infiltrat inflammatoire qui entoure le diverticule étant d'une importance et d'une densité variables.

Un autre point important de ces néoformations pour Lapiere est l'existence d'un épiderme normal qui remonte sur la tumeur jusqu'à l'orifice de l'opercule. Cet orifice, généralement régulier et arrondi, entoure et limite en surface la masse

cornée qui occupe le cratère du volcan. A partir du bord de l'opercule, l'épiderme s'infléchit en s'hypertrophiant de façon très irrégulière.

Selon Rook et Whimster, l'anatomie pathologique de ces lésions a une évolution remarquablement constante, et dans la plupart des cas, la durée d'une lésion peut être déduite de façon précise par l'aspect histologique. On peut distinguer schématiquement quatre stades évolutifs :

Stade de début.

Autour d'un cratère rempli d'une masse cornée qui est formée en grande partie de boyaux, on note un épithélium hyperplasique. « L'hyperplasie commence à la base de la lésion et sur la surface externe de la paroi; elle consiste en un simple épaississement de l'épithélium et de ses annexes normales, épaississement qui persiste sans changement durant toute l'évolution de la lésion; c'est ce type qui recouvre la paroi interne et le fond du cratère ». Cette hyperplasie ne porte pas sur les glandes sudoripares; elle est maximum après environ un mois d'existence de la tumeur.

Stade de maturité.

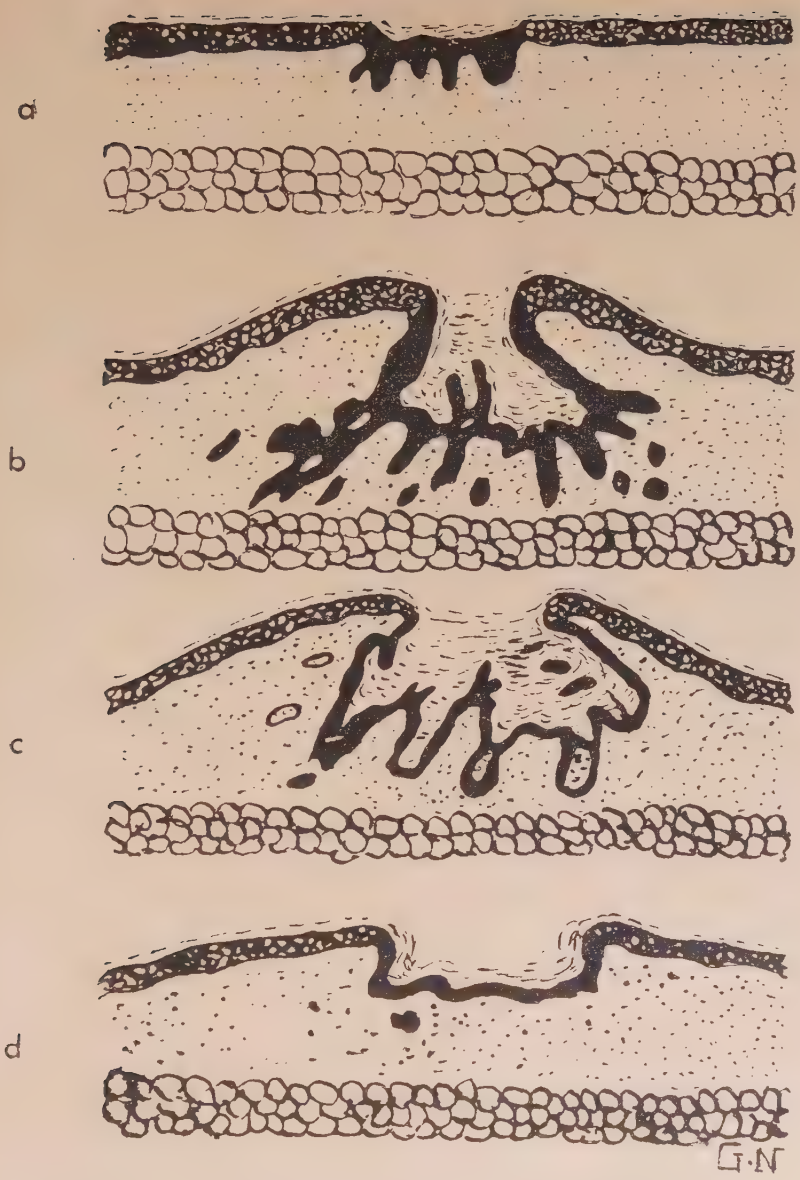
L'hyperplasie épithéliale est marquée. Elle pousse des prolongements dans la couche dermique. En plus d'une parakératose, on note des cellules pâles, plus grandes que normalement, parfois un peu atypiques. Le derme est très vasculaire, œdémateux; il est le siège d'un infiltrat riche en cellules inflammatoires : lymphocytes, éosinophiles, quelques plasmocytes.

Stade d'involution.

« Six semaines environ après le début de la lésion, l'hyperplasie épithéliale se met à diminuer ». L'épiderme prend une tendance atrophique; les boyaux sont plus courts, plus arrondis. On note l'apparition d'éléments fibreux dans l'infiltrat.

Stade de cicatrisation.

Après trois mois d'évolution. L'épiderme est mince et atro-



Evolution schématique du kérato-acanthome. D'après une illustration du « Year book of Dermatology an dSyphilologie », 1955.

a) Stade dé but; b) stade de maturité; c) stade d'involution; d) stade de cicatrisation.

(L'infiltration dermique inflammatoire n'est pas représentée)

phique; il ne reste que de petites zones d'épithélium irrégulier hyperplasique qui sont situées sur le bord du fond du cratère. La fibrose a envahi les infiltrats.

- Peu à peu, la dépression se comble et disparaît.

Ad. Dupont n'a jamais observé les deux derniers stades.

Mac Cormac et W. Scarff, lors de leur exposé en 1930, pensaient que l'origine de la tumeur est dûe à « des modifications hypertrophiques et inflammatoires dans un kyste sébacé », d'où le nom de « Molluscum sebaceum ». Puis, à la suite des études plus poussées, et à mesure que s'affirmait l'entité clinique et histologique du kérato-acanthome, des auteurs tels que Rook et Whimster, Ad. Dupont, prouvèrent que le point de départ de la néoformation se trouve être dans l'infundibulum des follicules pileux. Mais la réalité de l'origine du néoplasme aux dépends de l'épithélium de surface est apparue lors de la publication par Rabut et Hewitt d'un kérato-acanthome développé dans une région qui ne possède pas de follicules pileux, tumeur développée sur la demi-muqueuse labiale.

Lorsque la tumeur est arrivée à son plein développement, comme l'écrit Ad. Dupont, « elle peut se stabiliser pendant un temps plus ou moins long, mais elle peut aussi soit régresser, soit présenter des signes de transformation maligne et envahir les tissus voisins ». Ainsi se trouve posée, sur le plan anatomo-pathologique, la question de la dégénérescence du kérato-acanthome.

Nous avons vu que la dégénérescence clinique était difficile à diagnostiquer parce qu'elle se manifeste sous le masque d'un épithélioma; il est vraisemblable que c'est pour la même raison que les images histologiques d'évolution vers la malignité ont été longtemps méconnues. Les auteurs anglais semblent admettre aujourd'hui qu'à côté d'une forme à « Spontaneous resolution », des formes tumorales peuvent exister; la preuve en est qu'ils traitent à l'heure actuelle ces lésions, et qu'ils ont beaucoup moins tendance à les abandonner à elles-mêmes

(Whittle et Lyell, « British Journal of Dermato », novembre 1952).

Alors que la clinique ne donnait aucun signe d'envahissement des tissus voisins, sur 28 observations de Ad. Dupont, l'examen microscopique a montré des signes de transformation maligne dans six tumeurs. Huriez et ses collaborateurs en ont donné un autre exemple.

La dégénérescence du kérato-acanthome se manifeste par deux faits essentiels :

1° **Une modification du comportement des végétations vis-à-vis du stroma.** — En certains points de la tumeur, les grosses végétations émettent des bourgeons plus fins qui progressent dans le tissu conjonctif infiltré de cellules inflammatoires; « ils entourent la tumeur, s'insinuent entre les poils et les glandes, puis se propagent dans les parties profondes de la peau. Dans une de nos pièces prélevées sur la paupière, l'avant-garde des travées néoplasiques se trouve au beau milieu des faisceaux d'un muscle ». (Ad. Dupont).

2° **Une modification de la cytologie du tissu épithélial.** — Les cellules prennent une allure anarchique et une orientation irrégulière. On note la présence de monstruosités nucléaires : noyaux géants de formes diverses, mitoses atypiques, nucléoles hypertrophiées.

Le processus aboutit à la constitution d'un épithélioma de type spino-cellulaire, « la prolifération des éléments malins estompe progressivement les caractères propres du kérato-acanthome au point de rendre impossible l'identification de la tumeur primitive » (Ad. Dupont).

C'est à cause de cette possibilité de dégénérescence que nous pensons, avec Huriez, qu'il est logique de classer cette néoformation dans le groupe des affections pré-épithélioma-teuses. Pour Midana et Ormea, elle rentrerait plutôt dans le cadre « des régénérescences atypiques de l'épiderme ».

En ce qui concerne la terminologie à employer pour dési-

gner la tumeur, il est évident que le terme de Molluscum sebaceum ne convenait pas, étant donné qu'il est souvent pris comme synonyme de Molluscum contagiosum, et que l'affection n'a pas son origine dans les glandes sébacées. Pour cette même raison le nom de « kyste sébacé à paroi végétante » est également à rejeter. Ad. Dupont a encore proposé « diverticule épidermique à paroi végétante »; et Gadrat et Bazex le nom de « kérato-papillo-acanthome ».

Nous pensons qu'il est plus simple, tant que l'étiologie de cette affection demeure inconnue, de garder le terme de kérato-acanthome, qui offre l'avantage, même s'il ne résume pas l'aspect exact de la néoformation, d'éviter les confusions.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de kérato-acanthome, comme nous l'avons vu, repose d'une part sur la clinique, d'autre part sur l'histologie. Pour Touraine, (« Encyclopédie Médico-Chirurgicale »), le seul test de diagnostic est histologique. Sans vouloir être aussi catégorique, disons simplement que les deux examens peuvent et doivent se compléter utilement, l'un pouvant éclairer l'autre autant sur le plan diagnostique que pronostique.

Le kérato-acanthome, dont l'aspect et l'évolution sont assez caractéristiques, mérite d'être discuté avec :

1° **L'hépithélioma spino-cellulaire au stade I,** ou épithélioma papillaire corné. Il apparaît en général, après 40 ans, sur peau saine, mais plus souvent sur une cicatrice ou sur des lésions inflammatoires anciennes, ou encore sur une tâche de kératose sénile.

Tous les auteurs ont insisté sur la dififculté de diagnostic, à ce stade, avec le kérato-acanthome. Sur le plan histologique, pour Lapierre, c'est dans la période d'accroissement du kérato-acanthome que cette confusion est possible : « A la partie inférieure du bourgeonnement épidermique, pendant les premières semaines de l'évolution du kérato-acanthome, les masses tumorales ont souvent un aspect pseudo-épithéliomateux très caractérisé. Nous pensons que, sans le contexte clinique, et si l'on ne tient pas compte de l'image générale et des autres caractères..., à n'observer que certains points de la profondeur des bourgeons dans les formes jeunes, la confusion avec un épithélioma spino-cellulaire du premier degré est possible ». Toujours d'après le même auteur, lorsque la lésion est arrivée

à la période d'état, c'est-à-dire vers la quatrième ou sixième semaine, il n'y a plus de difficulté de diagnostic.

Que l'on veuille bien se rappeler d'autre part que le kérato-acanthome peut, en évoluant vers la malignité, prendre l'aspect d'un épithélioma spino-cellulaire, et l'on comprendra qu'il est souvent difficile d'affirmer le diagnostic.

2° **L'épithélioma de Ferguson Smith,** ou « Self-healing squamous epithelioma ». Il est rarement unique comme le kérato-acanthome; il a un caractère nettement familial; sa taille est généralement plus grande.

Son évolution spontanée se fait aussi vers une cicatrice atrophique, mais au point de vue histologique, on note surtout une hyperkératose centrale, et très souvent une nécrose.

3° **Le kératome.** — Le kératome sénile peut exister avec le kérato-acanthome. Il en a les mêmes localisations sur le visage et le dos des mains. Il débute en général par des tâches brunâtres, croûteuses; la croûte tombe et se reproduit; l'aspect est légèrement verruqueux, assez adhérent. L'arrachement de la croûte provoque de petites hémorragies. Il évolue depuis plusieurs mois, donc depuis plus longtemps que le kérato-acanthome. Ses limites sont moins nettes; l'opercule est mal dessiné, parfois inexistant; la partie cornée est « plus dure, plus externe et ne se laisse pas curetter » (Lapiere).

Au point de vue histologique, à la limite du kératome, l'épiderme est encore papillomateux; on ne trouve pas la transition nette comme dans le kérato-acanthome. Les masses cornées sont situées en surface. A un grossissement plus fort, « on constate dans le kératome des bourgeons épidermiques plus réguilers et globuleux, bordés de cellules en palissades plus normales que dans le kérato-acanthome jeune et plus vivantes que dans le kérato-acanthome adulte » (Lapiere).

Le kératome peut en outre s'infiltrer et aboutir à un épithélioma.

4° **Les productions verruqueuses de la peau.** — Ici encore l'existence d'un épiderme normal remontant sur la tumeur jusqu'à l'orifice permettra l'identification du kérato-acanthome :

— **Des verrues vulgaires,** qui sont des élevures saillantes, bien limitées, reposant sur une peau saine; elles sont rarement uniques. Comme les végétations de la paroi du kérato-acanthome, elles peuvent présenter les mêmes digitations effilées, coiffées d'une épaisse couche cornée. Elles sont aussi capables de rétrocéder spontanément et de disparaître.

— **De la verrue du goudron,** « pichwart » des auteurs britanniques, qui peut disparaître aussi spontanément et coexister avec le kérato-acanthome. Elle est souvent elle aussi, confondue avec l'épithélioma spino-cellulaire.

— **Du verrucome de Gougerot,** néoformation qui prolifère à la surface de la peau. Il possède une structure plus anarchique; il s'accompagne de manifestations inflammatoires dermiques et d'adénopathie.

5° **Les cornes cutanées,** de nature généralement bénigne.

« Dans ces néformations, qui, elles aussi, se développent généralement chez des individus âgés, une tige cornée compacte émerge d'un bloc d'épithélium hyperacanthosique et végétant. On pourrait dire que la corne cutanée est un kérato-acanthome dont le bouchon corné central au lieu de se désagréger, se condense en une masse cohérente et dure » (Ad. Dupont).

6° **Le Molluscum contagiosum,** surtout sous sa forme géante décrite par Vilanova en 1928. C'est une tumeur saillante, globuleuse ou hémisphérique, souvent translucide, d'un blanc mât ou rosé; elle est ombiliquée en son centre. Sa forme générale, son évolution même, la guérison spontanée pouvant survenir, peuvent rappeler l'allure du kérato-acanthome. Cependant, la pression du Molluscum fait sortir une masse semi-liquide, d'un blanc laiteux, composée de cellules épidermiques, de cristaux de graisse et de grains caractéristiques au Molluscum.

TRAITEMENT

Lorsqu'il est question du traitement de la tumeur, deux courants d'opinion s'affrontent. D'un côté, nous trouvons les dermatologistes convaincus de la bénignité d'évolution du kérato-acanthome, qui restent optimistes malgré parfois les aspects histologiques pseudo-épithéliomateux qu'ils ont rencontrés; ce sont en partie des auteurs britanniques tels Rook et Whimster, Musso, Tillman, Whittle et Lyell; en France, Rabut et Hewit; en Belgique, Mestdach, Lapiere... Leur ligne de conduite est variable. Parmi eux, il s'en trouve qui sont partisans de laisser la néoformation évoluer vers sa régression spontanée. Pour d'autres, le simple geste de la biopsie, ou le simple curettage de la tumeur sans cautérisation suffit largement à assurer la guérison (Sneddon), ou encore la section au scalpel du sommet de la tumeur (Beare). Whittle pense que « les solutions d'abandon ne sont pas très heureuses parcequ'elles laissent une cicatrice » disgracieuse; il les traite donc dans un but esthétique. Les auteurs anglais ont encore proposé la radiothérapie : 2.000 à 3.000 r en radiothérapie de contact, les badigeonnages avec une solution de podophyllin ou encore la cryothérapie.

A l'inverse, mais en se basant sur le seul fait de la possibilité de dégénérescence de la tumeur, d'autres auteurs comme Ad. Dupont, Huriez, Driessens, Clay, Desmons, préconisent une exérèse chirurgicale de la tumeur, soit large s'il y a des probabilités de malignité, ou encore « en plaçant la section de la peau exactement à la limite de la tuméfaction » (Ad. Dupont). Ajoutons qu'à l'heure actuelle certains auteurs britanniques qui admettent la possibilité de la dégénérescence seraient plutôt interventionnistes. Quant à nous, nous nous ran-

gerions volontiers à l'opinion de ces auteurs qui considèrent la néoformation comme une affection pré-épithéliomateuse susceptible de dégénérer et nous donnerions nos préférences à une exérèse « a minima » par électro-coagulation qui aurait l'avantage de détruire les bourgeons dermiques envahissants si le cas se présentait et de ne pas nuire à l'esthétique de la cicatrice ultérieurement. Cette opération bénigne pourrait être suivie ou non de radiothérapie, suivant l'évolution de la plaie, et le résultat de l'examen histologique de la pièce opératoire, examen indispensable dans tous les cas.

COMMENTAIRES RELATIFS AUX DEUX OBSERVATIONS

OBSERVATION 1.

Mme O..., 75 ans, tumeur du dos de la main droite.

Cette observation nous offre, au point de vue clinique, un bel exemple de kérato-acanthome tel qu'il a été décrit par Mac Cormac et Scarff, Rook et Whimster, Ad. Dupont. C'est la néoformation unique, très typique par sa morphologie : nodule hémisphérique situé en peau saine, limité, mobile, avec cratère central; par la durée de sa période évolutive : environ six semaines; par sa localisation, et par son étiologie... inconnue. On peut regretter de ne pas avoir pu suivre sa période résolutive qui nous aurait peut-être apporté la preuve de cette « Spontaneous resolution » si chère aux auteurs britanniques.

L'histologie concorde en tous points avec les descriptions de Rook et Whimster, de Ad. Dupont, de Lapiere. L'image qu'elle nous donne est celle qui correspond au stade de maturité ou de fin d'accroissement de la tumeur, i. e. d'un mois environ, d'après Lapiere. Elle est limitée en profondeur, son versant cutané est recouvert d'un épiderme normal, étiré, mais atrophique. Le contenu du cratère est de la matière cornée non densifiée. Vers la profondeur, on trouve les bourgeons hyperkératosiques et la papillomatose typiques. On note aussi des plages néoplasiques de type spino-cellulaire, ce qui n'est pas étonnant puisque c'est à ce stade que le kérato-acanthome lui ressemble le plus, et que se pose la difficulté du diagnostic qui est « impossible sans le contexte clinique » (Lapiere). Enfin, on trouve des noyaux monstrueux, avec mitoses et amitoses; l'effondrement de la basale, et l'infiltrat dermique à type inflammatoire.

Il est impossible de dire qu'elle aurait été l'évolution de cette néoformation sans le traitement; si nous en croyons les auteurs, et en nous basant d'autre part sur le contexte clinique et histolo-

gique superposable aux autres cas décrits, nous pensons, malgré certaines anomalies nucléaires, la présence de travées noéplasiques disséminuées dans le derne, qu'elle eut été bénigne.

Elle rentre donc bien, incontestablement, dans le cadre des kérato-acanthomes.

OBSERVATION 2.

M. L..., 52 ans, tumeur du lobule du nez.

Si la néoformation évoque bien, autant sur le plan clinique qu'histologique, le kérato-acanthome, cette observation offre un intérêt supplémentaire parce qu'elle nous donne un exemple frappant du type de tumeur évoluant vers la malignité.

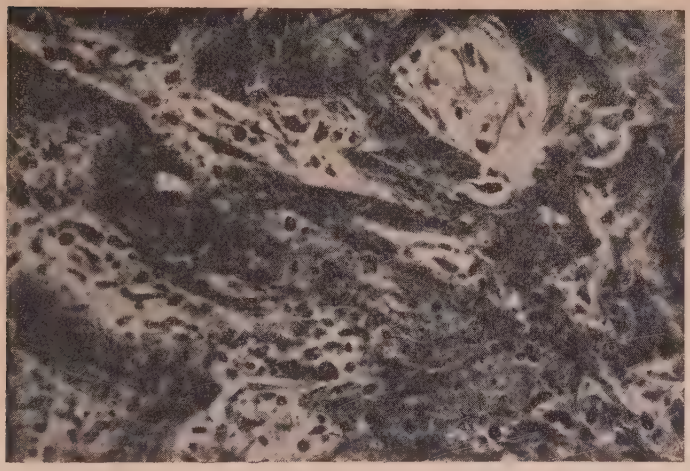
Cliniquement, c'est une image de kérato-acanthome avec son siège de prédilection qui est la face. Cependant la rapidité d'accroissement de la tumeur : huit jours, peut-être encore la « tension » du nodule, évoquent déjà une affection néoplasique; cette évolution s'apparente étrangement à celle des épithéliomas aigus cutanés. Il manque certes, l'observation d'une ulcération centrale, l'appréciation de la mobilité de la tumeur, — difficile à mettre en évidence dans cette région —, la recherche de ganglions parotidiens et sous-maxillaires; mais il semble que le processus évolutif ait été trop rapide, ou alors on aurait trouvé une image d'épithélioma spino-cellulaire, ou baso-cellulaire à type d' « ulcus rodens », et non de kérato-acanthome.

D'autre part, la précocité d'apparition des récidives en bordure de la plaie d'électro-coagulation plaide aussi, mais après coup, en faveur d'une forme envahissante épithéliomateuse.

La description histologique est aussi évocatrice d'un kérato-acanthome : épiderme étiré, un peu atrophique jusqu'à l'ouverture du cratère; présence d'un cratère central occupé par des éléments végétants et verruqueux. On n'observe pas ici de masses cornées centrales, et le diagnostic avec un kératome pourrait se poser, mais le kératome est moins bien limité, l'épiderme, à la limite du kératome est encore papillomateux, ce qui n'est pas le cas ici, puisqu'on note au contraire une transition brusque. L'infiltrat dermique enfin, riche en éléments inflammatoires est assez caractéristique du kérato-acanthome.

C'est en un point profond de la coupe que l'on trouve l'image

évocatrice en faveur d'une transformation maligne de la tumeur : « assez profondément quelques coulées malpighiennes perdent leur limite et leur régularité, sont formées de mitoses et d'amitoses ». Il y a donc bien là une propagation nette vers la profondeur du derme par des bourgeons épithéliaux, et l'apparition de mitoses atypiques.



Kérato-acanthome en voie de dégénérescence (Obs. n° 1903)

Tout concoure donc pour nous faire penser qu'il s'agit là d'un cas de kérato-acanthome dont la dégénérescence maligne, soupçonnée par la clinique, a pu être confirmée par l'histologie et par son évolution après une première thérapeutique.

Dans cette observation, l'étiologie reste encore mystérieuse; nous ne pensons pas qu'on doive retenir la relation qui peut exister dans l'apparition de cette tumeur chez un homme qui, tout de même, a été en contact pendant vingt ans avec des huiles minérales. L'évolution dans le sens de la malignité a-t-elle été accélérée par l'irritation du « point blanc » par une épingle et par le grattage, ou bien la tumeur portait-elle déjà en elle-même un potentiel évolutif malin ? Il paraît difficile d'apporter une réponse. De toute

façon, la thérapeutique se justifiait pleinement, et ne fait que renforcer notre opinion quant à son opportunité.

Nous pensons que ces deux observations peuvent servir à souligner l'intérêt qu'on doit apporter au kérato-acanthome, affection encore mal connue puisque son étude est trop récente, mais qui a déjà sa place dans les processus morbides cutanés.

CONCLUSIONS

Le kérato-acanthome, décrit pour la première fois par Ad. Dupont en 1930, puis par Mac Cormac et W. Scarff en 1936, a d'abord été pris pour un kyste sébacé avec hyperplasie inflammatoire. Après une longue période de silence, son étude a été reprise à partir de 1950, à la suite des travaux de Rook et Whimster qui lui ont donné son nom.

A la suite des diverses recherches faites depuis, il apparaît comme une néoformation cutanée développée aux dépens de l'infundibulum des follicules pileux ou de l'épithélium de surface, distincte des épithéliomas, des kératomes, et des productions verruqueuses et papillomateuses de la peau. Malgré les diverses variétés qui ont pu être isolées, le kérato-acanthome constitue une entité clinique et histologique dans sa forme pure telle qu'elle a été décrite par les premiers auteurs.

C'est une affection en général bénigne, mais qui est susceptible de se transformer en un authentique épithélioma cutané. Aussi, à n'étudier que les aspects cliniques, on risque de méconnaître une transformation maligne; faire confiance à l'histologie seule, c'est peut-être la confondre avec un épithélioma, ce qui est sans doute moins grave par suite de la sanction thérapeutique que cela entraîne.

Son étiologie reste encore obscure; un virus pourrait jouer un rôle, ce qui n'est pas impossible puisque cette néoformation possède à la fois des caractères microscopiques d'une inflammation et ceux d'une tumeur.

Ces observations, à la suite de celles publiées par de nombreux auteurs, nous incitent à penser que dans tous les cas, il est préférable de pratiquer l'exérèse de la tumeur, non seulement pour éviter une cicatrice inesthétique, mais surtout pour prévenir l'extension d'un processus néoplasique et permettre un examen anatomo-pathologique que nous jugeons indispensable.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU :

Le Doyen :
R. SIGALAS.

Le Président de Thèse :
P. JOULIA.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Bordeaux, le 7 Décembre 1955.
Le Recteur :
E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

Brian Russel (C.-D.), Calnan. — The Tenth International Congress of Dermatology. Procedings, London, 1952, 1 vol. *British Medical Associat.*, édit., London, 1953, 476.

Darier (J.), Sabouraud (R.), Gougerot, Milian, Pautrier, Ravaut, Sezary, Clement Simon. — Nouvelle pratique dermatologique, 8 vol., Masson et Cie, édit., Paris, 1936, *4*, 261-269, *8*, 91. 299.

Degos (R.). — *Collection Médico-Chirurgicale, Dermatologie*, 1 vol., édit. Médicales Flammarion, Paris, 1953, 798-800, 843-859.

Desaux, Boutelier (A.). — *Manuel Pratique de Dermatologie*, 1 vol. (Masson et Cie, éd.), Paris, 50-76, 674-676, 737-748.

Dupont (Ad.), Namur. — Kyste sébacé atypique. *Bull. Soc. Belge de Derm.*, 1930, 177.

— Kystes sébacés végétants, kérato-acanthomes, verrucomes. *Bull. Soc. Fr. de Derm.*, 1952, *4*, 340-341.

— Le kérato-acanthome (kyste sébacé végétant; Molluscum sebaceum). *Ann. Fr. de Derm.*, 1954, *81*, 621-633.

— A propos de kérato-acanthome. *Arch. Belges de Derm.*, 1954, *10*, 244-245.

Dupont (Ad.), Thulliez (A.). — Kérato-acanthome d'un type particulier. *Ibid.*, 246-247.

Eller and Eller. — Tumors of the skin. 1 vol. (Lea et Febiger, éd.), Philadelphia, 1928.

Ferguson Smith (J.). — A case of multiple primary squamous celled carcinomata of the skin in a young man, with spontaneous healing. *Brit. Journ. of Derm.*, 1934, *46*, 267-272.

Finley (A.-G.). — Kerato-Acanthoma. *Australian Journ.*, June 1954, 2, 144-148.

Gadrat, Bazex (Toulouse). — A propos de kérato-acanthome. *Bull. Soc. Fr. de Derm.*, 1955, 2, 246-248.

Gautard (J.), Agen. — Kérato-acanthomes. *Ibid.*, 249.

Gentele. — Kerato-Acanthoma. *Acta Derm. Ven.*, 1953, *33*, 148.

Hazen (H.). — Diseases of the skin. 1 vol. (Henry Kimpton, éd.), London, 1927, *Molluscum contagiosum*, 276-277.

Huriez (Cl.), Driessens (J.), Clay, Desmons (F.). — A propos d'une observation de kérato-acanthome. *Bull. Soc. Fr. de Derm.*, 1954, *1*, 13.

Klaber (R.). — A case of tar molluscum. *Brit. Journ. of Derm.*, 1936, *48*, 260.

Lapiere (S.). — Contribution à l'étude du kérato-acanthome. *Arch. Belges de Derm.*, 1954, *10*, 185-197.

Leclercq (R.). — Le kérato-acanthome. *Ann. Fr. de Derm.*, 1952, *79*, 371.

Le Coulant, Texier, Cheroux (Mlle). — Kérato-acanthome du dos de la main; kérato-acanthome : évolution clinique maligne confirmée par l'histologie. *Bull. Soc. Fr. Derm.*, 1955. Filiale de la Société de l'Ouest et du Sud-Ouest. Réunion du 19 novembre, Bordeaux (sous presse).

Mac Cormac (H.), C. B. E., M. D. and R. W. Scarff, M. B., B. S. — Molluscum sebaceum. *Brit. Journ. of Derm.*, 1936, *48*, 624-626.

Mestdagh (Ch.). — Kérato-acanthomes. *Arch. Belges de Derm.*, 1954, *10*, 75-77.

Midana (A.), Ormea (F.). — In tema di « Mollusco sebaceo » (kerato-acanthoma) e di « papillomatosis cutis carcinoides ». *Min. Dermatologica*, 1955, *2*, 45-48.

Miescher (G.). — *Dermatologia*, 1950, 101.

Musso (L.), for Dr Hugh Gordon). — Spontaneous Resolution of Molluscum sebaceum. *Brit. Journ. of Derm.*, 1951, *63*, 151-153.

Olivier (J.). — Kérato-acanthome (abstention thérapeutique). *Arch. Belges de Derm.*, 1955, *11*, 84.

Ormby (O.), Montgomery (H.). — Diseases of the skin. 1 vol. (Lea et Febiger, éd.), Philadelphia, 1928.

Rabut (R.-J.), Hewit. — Kérato-acanthomes multiples successifs: localisation labiale. *Bull. Soc. Fr. de Derm.*, 1954, *1*, 14.

Renkin. — Kérato-acanthome guéri. *Arch. Belg. de Derm.*, 1955, *11*, 85.

Reynaers (H.). — Un cas de kérato-acanthome. *Arch. Belges de Derm.*, 1954, *10*, 32-33.

Rook (A.), Ian Whimster. — Le kérato-acanthome. *Arch. Belg. de Derm.*, 1950, *6*, 137-146.

Shaw Dunn, MA, MD, MSc (J.), Ferguson Smith, MA, MB, Chb. — Self-healing primary squamous carcinoma of the skin. *Brit. Journ. of Derm.*, 1934, *46*, 519-523.

Sommerville (James), Milne (J.-A.). — Familial Primary Self-healing Squamous Epithelioma of the skin. *Brit. Journ. of Derm.*, 1950, *62*, 485-490.

Sommerville (James). — Pseudo-epitheliomatous Hyperplasia. *Acta Derm. Venerologica*, 1953, *33*, 236-251.

Sulzberger, Bäer. — Molluscum sebaceum, keratoacanthoma, Molluscum pseudocarcinomatum. *The Year Book of Dermatology and Syphilology*. 1 vol. (The Year Book, édit.), Chicago 1955, 262-267.

Temime (P.), Stahl (A.). — Considérations sur le kérato-acanthome, *Bull. Soc. Fr. de Derm.*, 1955, *2*, 217-218.

Tillman (W.). — Molluscum sebaceum (kerato-acanthoma). The Tenth International Congress of Dermatology, Procedings, London, 1952, 1 vol British Medical Association, édit., London, 1953, 477.

Touraine (R.). — Encyclopédie médico-chirurgicale, Dermatologie 3 vol. Molluscum sebaceum ou kérato-acanthome, 1954, 4e. fiche, 12028, 1.

Vilanova (X.). — Formes tumorales du Moluscum contagiosum. *Rev. Med. y de cir. de Barcelone*, 1928.

Whittle (C.-H.), Lyell (A.). — Molluscum Sebaceum (kerato-acanthoma, benign Epithelioma). *Brit. Journ. of Derm.*, 1952, *64*, 424-425.

Wigley (J.-E.), J.H.S. Pettit. — Spontaneous Resolution of a case of Kerato-Acanthoma. The International Congress of Dermatology, Procedings. London, 1952, 1 vol. *British Medical Association*, édit., London, 1953, 477.

Zoon (J.-J.), Jansen (Z.-H.), Van Baak (J.). — Dermatologica, févr. 1954. *Nederl. Tydsch. V. Genaesk.* Molluscum sebaceum, 1949, *93*, 1476.